

5. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Como hemos señalado en la introducción de este manual, el interés inicial por las causas y por el tratamiento del TP se basaba en teorías biológicas. Hasta los años 80, el tratamiento de las CP se llevaba a cabo con fármacos mientras que el tratamiento psicológico (conductual) se centraba en tratar la ansiedad anticipatoria y las conductas de evitación agorafóbica.

Desde los años 70 se contaba con estudios controlados que avalaban la eficacia de la exposición en el tratamiento de la agorafobia, y se sabía con certeza que la exposición al estímulo temido era un tratamiento eficaz para las fobias simples. Pero hasta principios de los años 80, no se disponía de tratamientos psicológicos eficaces para el TP porque no se habían detectado los desencadenantes de las crisis, que constituyen la base de este trastorno.

Una vez clarificado que lo que teme el paciente con pánico son las sensaciones internas, se hizo posible el tratamiento psicológico eficaz: mediante la exposición a dichas sensaciones o mediante técnicas cognitivas que llevan a una reevaluación del supuesto peligro.

Como afirma Botella (2005), en los últimos 15 años se ha progresado de forma espectacular en la conceptualización, evaluación y tratamiento del TP¹.

En la actualidad contamos con tratamientos eficaces, diseñados específicamente para el pánico y existe un acuerdo general en la comunidad científica de que el tratamiento psicológico recomendable es alguna forma de terapia cognitivo-conductual.

La terapia cognitivo conductual para el TP suele incluir los siguientes componentes:

- Psicoeducación acerca de qué es la ansiedad y el pánico
- Reestructuración cognitiva
- Alguna forma de exposición a los estímulos internos, externos o a ambos
- Entrenamiento en técnicas para afrontar la ansiedad, como la respiración diafragmática
- Tareas para casa que van variando a lo largo de la terapia y que incluyen autorregistros y práctica de técnicas y ejercicios diversos.

Este tratamiento se ve facilitado por la existencia de manuales para el terapeuta y el paciente, que facilitan la implementación de la terapia.

Siguiendo los criterios establecidos para establecer las psicoterapias eficaces, con evidencia empírica, consideraremos a continuación los tratamientos cuya eficacia es más segura (tratamientos bien establecidos) y después aquellos que la investigación considera probablemente eficaces.

5.1. TRATAMIENTOS CON EFICACIA BIEN ESTABLECIDA

¹ Se aconseja la lectura del artículo de esta autora, titulado “Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico”, publicado en la revista *Psicothema*, y accesible en internet, en el siguiente vínculo: <http://www.psicothema.com/pdf/469.pdf>

En este apartado incluimos las dos formas de tratamiento que se consideran más eficaces y que cuentan con más investigaciones que avalan dicha eficacia: son la terapia cognitivo-conductual de Barlow y la terapia cognitiva focal de Clark y Salkovskis. Ambas suelen denominarse terapias cognitivo-conductuales.

En la práctica, estos dos enfoques de tratamiento son muy similares, aunque el primero de ellos enfatiza la exposición y el segundo la reestructuración cognitiva.

5.1.1. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC) DE BARLOW

Los tratamientos del TP basados en *modelos conductuales* (apartado 3.3), suelen incluir la modificación de la llamada “conducta cognitiva” por lo que, muchas veces, se denominan tratamientos cognitivo-conductuales.

No obstante, tienden a considerar que su principal componente es la modificación de la conducta mediante la exposición a sensaciones y situaciones antes evitadas (estímulos condicionados), con el objetivo de lograr la desaparición de las respuestas condicionadas de ansiedad o miedo a través del mecanismo de habituación.

El autor más representativo de esta orientación es Barlow (Barlow, 1986, 1988 a y b; 1997; Barlow y Craske, 1988, 1989, 1993; Barlow y Brown, 1995; Barlow, et al, 1984; Barlow, et al, 1985; Barlow, et al, 1989; Craske y Barlow, 1988; Craske y Barlow, 1993).

Barlow y cols. desarrollaron un programa específico para tratar el TP. Partiendo de algunos estudios no controlados, que sugerían que la exposición interoceptiva podía ser una técnica eficaz, diseñaron un programa de intervención cuyo principal componente es la exposición sistemática a las sensaciones temidas en las CP.

El objetivo del tratamiento es la eliminación del miedo a través de la habituación, al igual que en cualquier tratamiento de exposición.

No obstante, su programa consta de otros módulos que incluyen: información acerca del problema (psicoeducación), reestructuración cognitiva (de las creencias erróneas del paciente sobre la ansiedad, el pánico y la supuesta peligrosidad de las CP), técnicas de control de la ansiedad como la relajación o la respiración diafragmática lenta, y exposición, tanto a las sensaciones interoceptivas como a los estímulos externos temidos.

Barlow y Cerny (1988) sistematizaron esta terapia en un manual que ha servido de base para realizar estudios acerca de su eficacia, aunque no está editado en castellano.

En 1989 se publicó un manual que describe dicho tratamiento en formato de autoayuda (Barlow y Craske, 1989), del que si que existe una versión en castellano (Barlow y Craske, 1993). Este formato permite una reducción significativa del tiempo de dedicación por parte del terapeuta, y se ha demostrado que la eficacia de la terapia no disminuye (Cöte, et al, 1994; Gould y Clum, 1995; Gould et al, 1993; Lidren, et al, 1994).

El primer estudio controlado sobre su eficacia (**Barlow, Craske, Cerny y Klosko, 1989**) comparó tres condiciones de tratamiento con una de control (lista de espera). Se excluyeron los casos de agorafobia moderada o grave.

En los tratamientos se aplico a un grupo la TCC de Barlow, a otro la relajación aplicada (Öst, 1987, 1988) y a otro la terapia de Barlow mas la relajación aplicada.

Las tres formas de tratamiento mostraron eficacia al compararlas con el grupo no tratado, siendo más eficaz la terapia de Barlow.

Los pacientes del grupo no tratado no mostraron ninguna mejoría. En los tratados, a los seis meses, el 71% de los que recibieron TCC de Barlow mostraba una mejoría significativa y el 22 % de los tratados con relajación aplicada también; y a los dos años, la mejoría significativa se había ampliado (al 87% de los que recibieron TCC y al 56% de los tratados con relajación).

En otro trabajo Klosko, Barlow, Tassinari y Cerny (1990) compararon su TCC con el alprazolam, el placebo y la lista de espera. En el post tratamiento estaban libres de pánico el 87% de pacientes tratados con TCC, el 50% de los tratados con alprazolam, el 36% de los tratados con placebo y el 33% de los que estaban en lista de espera.

Finalmente, Telch et al. (1993) estudiaron la eficacia de esta TCC, aplicada en grupo, comparándola con pacientes en lista de espera. Tras el tratamiento, el 85% de los tratados, (frente al 30% de los no tratados) estaban libres de pánico.

La investigación ha mostrado claramente la eficacia de la TCC de Barlow y también ha demostrado que es más eficaz que otros tratamientos como la relajación aplicada (Barlow y Brown, 1995; Barlow, et al, 1989; Craske, et al, 1991; Craske, 1996).

En general se considera que la TCC de Barlow (y otras similares), eliminan las CP en alrededor del 80% de pacientes (Bouchard, et al, 1996; Laberge, et al, 1993; Barlow, et al, 1989; Beck, et al, 1992; Beck, et al, 1994; Clark, et al, 1994; Klosko, et al, 1990; Öst y Westling, 1995).

5.1.2. TERAPIA COGNITIVA FOCAL

Como señalábamos en el apartado 3.4 (modelo cognitivo), la terapia cognitiva para el tratamiento del TP ha sido desarrollada a partir de los planteamientos de Beck (1985, 1988) y ha sido adaptada como terapia específica para el pánico por Clark y Salkovskis (Clark 1986, 1988, 1989, 1993 y 1995; Clark y Salkovskis 1987, 1996).

Se trata de uno de los tratamientos psicológicos para el pánico más investigados en la actualidad (Arntz y Van den Hout, 1996) y diversos estudios la señalan como la forma de tratamiento más eficaz y con mejor relación eficacia-coste en el tratamiento de este trastorno.

El modelo cognitivo del pánico considera que el elemento crucial que desencadena y mantiene al TP son las interpretaciones catastrofistas de determinadas sensaciones interoceptivas. Por tanto, el tratamiento se dirige a que el paciente se cuestione esas creencias, las ponga a prueba y finalmente las modifique.

Para conseguir este objetivo se siguen las pautas básicas de la terapia cognitiva de Beck con: aprendizaje guiado, dialogo socrático y experimentos conductuales diseñados para probar hipótesis acerca de las creencias disfuncionales; pero centrándose en las creencias distorsionadas típicas del pánico. Por eso se la conoce como terapia cognitiva focal o focalizada, para diferenciarla de otras intervenciones cognitivas que no se centran específicamente en la reestructuración de estas interpretaciones catastrofistas.

Los experimentos conductuales, que se utilizan ampliamente en esta modalidad terapéutica, implican exposición a las sensaciones temidas y a las actividades y situaciones antes evitadas, así como el abandono de las conductas de búsqueda de seguridad.

Pero, a diferencia de lo que ocurre en la terapia de conducta, en la terapia cognitiva focal, el objetivo perseguido no es la habituación sino la disconfirmación de las creencias catastrofistas,

por lo que los tiempos de exposición son más cortos y los procedimientos terapéuticos se centran más en la reestructuración cognitiva.

La descripción más detallada de esta terapia puede verse en la Guía y en el MAA *Cómo superar el pánico, con o sin agorafobia*.

ESTUDIOS SOBRE EFICACIA DE LA TERAPIA COGNITIVA FOCAL (TCF)

Los estudios acerca de la eficacia de esta terapia en el TP deben analizarse con cuidado ya que, en ocasiones se confunde la terapia cognitiva focalizada, aproximación a la que nos referimos aquí y que es la que se muestra más eficaz en el pánico, con otros tipos de terapia cognitiva.

La TCF se centra en la modificación de las creencias relativas a las malinterpretaciones catastrofistas que hace el individuo de sus sensaciones interoceptivas. No debe confundirse con otras formas de terapia cognitiva que buscan la modificación de otros tipos de creencias o esquemas básicos.

Como explican Beck, Clark y Salkovskis, los procedimientos cognitivos que operan sólo a un nivel superficial, modificando los pensamientos o autoverbalizaciones, son poco eficaces en el tratamiento de trastornos como el pánico. Por el contrario, el tratamiento debe dirigirse a modificar las creencias o esquemas básicos, que incluyen componentes emocionales y conductuales, por lo que la terapia deberá incluir la modificación de todos ellos.

Otra cuestión a tener en cuenta es que, como esta forma de terapia utiliza también la exposición (experimentos conductuales); la mayoría de publicaciones suelen incluirla en el término genérico de terapias cognitivo-conductuales.

Una vez aclarados los puntos anteriores, nos centraremos en revisar los principales estudios llevados a cabo para evaluar la eficacia de la TCF.

- Los primeros estudios fueron series de caso único (Salkovskis y Clark, 1986) que utilizaban un diseño cuasi-experimental, con mediciones de línea base y del post-tratamiento. Los resultados mostraron una elevada eficacia, con la mayoría de pacientes libres de pánico al finalizar el tratamiento, y con un mantenimiento de esos cambios en los seguimientos efectuados al cabo de un año. Sin embargo, estos estudios fueron criticados por problemas metodológicos.
- En un estudio sin grupos de control, Sokol y Beck (1986) trataron a 25 pacientes con técnicas cognitivas, combinadas con exposición en vivo y con exposición interoceptiva, durante una media de 17 sesiones individuales. Las CP desaparecieron en los 17 pacientes que no tenían el diagnóstico añadido de trastorno de personalidad. Estos resultados se mantenían un año después.
- Un informe preliminar de Margraf et al., (1989) sugirió que las estrategias cognitivas, aplicadas sin procedimientos de exposición, también son muy eficaces en el tratamiento del pánico. En 1991, Salkovskis et al. publicaron otra serie de casos en que se mostraba cómo se lograba una importante reducción de las CP con un tratamiento muy breve, de sólo 2 horas, y puramente cognitivo, sin ningún tipo de exposición.
- Beck et al. (1992) y Beck et al. (1994) llevaron a cabo estudios controlados en los que se comparó la TCF con otras formas de terapia. La TCF se mostró superior a las otras aproximaciones con las que se comparó (terapia centrada en el cliente y entrenamiento en relajación) y se constató que daba excelentes resultados a corto y largo plazo.

- Clark et al. (1991), compararon la eficacia de: la TCF, la relajación aplicada, la imipramina y un grupo control en lista de espera. Todos los tratamientos redujeron significativamente la ansiedad general, la evitación agorafóbica y la frecuencia de CP, pero en diferente grado. La TCF resultó superior a las otras intervenciones, al finalizar el tratamiento y al año de seguimiento, en todas las variables evaluadas (frecuencia de pánico, pensamientos catastrofistas, miedo a las sensaciones corporales, evitación y ansiedad general). El porcentaje de pacientes libres de pánico y el índice de mejoría global también fueron mejores en el grupo tratado con TCF.
- En un estudio controlado, Clark et al. (1993) compararon 1) la TCF, que incluía autoexposición presentada como experimento conductual, 2) la relajación aplicada y 3) la imipramina. Después de un promedio de 10 sesiones de tratamiento, 18 de los 20 pacientes que completaron la TCF estaban libres de pánico y los resultados se mantenían, en 17 de ellos, al cabo de un año.
- El estudio más relevante para considerar esta forma de tratamiento como empíricamente validado, se llevó a cabo por Clark et al. (1994). En él se compararon las condiciones siguientes: a) 12 sesiones de terapia cognitiva, b) relajación aplicada, c) imipramina y d) grupo control en lista de espera.

Al finalizar el tratamiento, la proporción de pacientes libres de pánico en los 4 grupos era del 90, 50, 55 y 7 % respectivamente. Al año de seguimiento el 85 % de los pacientes tratados con terapia cognitiva focal seguían libres de pánico.

Entre los seguimientos realizados a los seis y a los quince meses se vio que un 40% de los tratados con éxito con imipramina recayeron, mientras que las recaídas de los tratados con TCF fueron del 5% y en los tratados con relajación del 26%.

A los 15 meses, el 70% de los tratados con TCF estaba libre de pánico, frente a un 32% de los tratados con relajación y un 45% de los tratados con imipramina.

Este estudio también excluyó a los pacientes con agorafobia severa.

- En un trabajo llevado a cabo por Clark et al. (citado por García, 1997) compararon la eficacia de la terapia cognitiva focal, tal como se expone en su manual (Clark y Salkovskis, 1987), con una versión abreviada de la misma (que supone la mitad de tiempo y está apoyada con un manual de autoayuda) y con la ausencia de tratamiento. Los dos tratamientos se mostraron igual de eficaces.
- Botella y Ballester realizaron una adaptación del tratamiento de Clark y Salkovskis con el que obtuvieron resultados positivos en varios estudios llevados a cabo en nuestro ámbito (Ballester et al., 1991; Ballester y Botella, 1992).

Otros estudios que también avalan la eficacia de esta forma de tratamiento son los siguientes:

- Beck, Sokol, Clark, Berchick y Wright (1992) compararon la TCF con un grupo de control con terapia de apoyo. En el post tratamiento estaban libres de pánico el 71% de pacientes, frente al 25% del grupo de control.
- Williams y Falbo (1996) compararon tres tratamientos y un grupo de control. Los tratados con TCF dieron el resultado de un 57% de pacientes libres de pánico, frente al 11% de la condición de control. El 50% seguía libre de pánico al cabo de dos años.

Este estudio evidencia la dificultad de tratar a pacientes con agorafobia grave ya que mientras el 94% de los pacientes con agorafobia leve estaba asintomático al acabar el tratamiento (y el 88% a los dos años), solo el 52% de quienes sufrían agorafobia grave la habían superado al finalizar el tratamiento (y solo el 39% permanecían libres de agorafobia a los dos años). Este dato es muy relevante ya que la mayoría de estudios sobre eficacia de las TCC excluyen a los casos de agorafobia severa.

En general, pese a algunas discrepancias entre los diferentes estudios, los resultados obtenidos con la TCF son muy favorables: los porcentajes de pacientes libres de pánico al finalizar el tratamiento van del 75 al 90 %.

Esta terapia resulta claramente superior a la ausencia de tratamiento y a otros tratamientos psicológicos como la terapia de apoyo o la relajación progresiva. También muestra una eficacia igual o mayor (según los diferentes estudios) a los tratamientos farmacológicos más eficaces o a los tratamientos psicológicos basados en la exposición.

Seguidamente nos referiremos a otras formas de tratamiento considerados por la investigación como probablemente eficaces para tratar el TP: la relajación aplicada y la exposición. Ambos cuentan con diversos estudios que avalan su eficacia en el tratamiento del TP y de la agorafobia.

5.2. TRATAMIENTOS PROBABLEMENTE EFICACES PARA EL PÁNICO

RELAJACIÓN APLICADA

Esta técnica desarrollada por Öst (1988) consiste en enseñar a los pacientes la relajación muscular progresiva (MAA, etapa 2) y después utilizarla para afrontar gradualmente, primero las sensaciones corporales que pueden desencadenar el pánico y después las actividades y situaciones que antes evitaban.

La relajación aplicada se ha utilizado en diversos estudios, en algunos de los cuales se ha comparado con otros tratamientos cognitivo-conductuales. Los resultados han sido variables. Öst obtiene buenos resultados, superando en algunos estudios a la exposición o a la terapia cognitiva (Öst et al., 1993), pero esto no ocurre cuando es estudiada por otros autores. Parece que estas variaciones en los resultados obtenidos son debidas a que la técnica se aplica de forma diferente por cada autor.

También se ha hallado que la eficacia de la relajación aplicada se debe al componente de exposición sistemática, que forma parte de esta técnica, más que a la relajación. De hecho, varias investigaciones muestran que la relajación progresiva no es un ingrediente activo en el tratamiento del pánico.

No obstante, la relajación sigue utilizándose ampliamente para tratar este trastorno y puede ser útil como complemento de la reestructuración cognitiva focalizada o de la exposición, al menos en algunos casos.

Un dato a tener en cuenta es que, como la relajación produce determinadas sensaciones interoceptivas, algunos pacientes muestran temor y rechazo a esta técnica, porque tienden a hacer interpretaciones catastrofistas de las sensaciones que notan al relajarse. Cuando ocurre esto, se utiliza para ilustrar la explicación del modelo cognitivo, ayudando al paciente a ver que

el origen de las sensaciones es mucho menos relevante que la interpretación que se hace de ellas. Así, en estos casos utilizamos la relajación, además de como técnica de control de la ansiedad, como experimento conductual y como técnica de inducción de sensaciones temidas (ver MAA y Guía).

En la práctica clínica la relajación es de utilidad, sobre todo en el tratamiento de pacientes con pánico que tienen un componente de ansiedad severa y crónica o un exceso de tensión muscular. Además, al igual que ocurre con la respiración diafragmática lenta, puede ayudar al paciente al favorecer su sentido de autocontrol y autoeficacia. Pero su utilidad difiere mucho de unos pacientes a otros y la mayoría encuentra más útil la respiración diafragmática lenta que la relajación.

Sin embargo la relajación aplicada, a la que se refieren los estudios sobre su eficacia en el pánico-agorafobia, se refieren no solo a su práctica sino también –y sobre todo- a su utilización para afrontar sistemáticamente las sensaciones interoceptivas y las situaciones y actividades antes evitadas, por su relación con el pánico y la agorafobia.

Su utilización eficaz implica el aprendizaje de la relajación muscular, mediante la tensión-relajación de diferentes músculos y, después, se practica con la relajación sin tensión muscular, avanzando hacia la relajación condicionada, la relajación diferencial y la relajación instantánea (ver etapa 2 del MAA).

Se enseña al paciente a identificar los primeros indicios de ansiedad y a utilizarlos como señal para empezar a practicar la relajación.

El paciente va utilizando la relajación en situaciones cada vez más difíciles, hasta ser capaz de aplicarla en las situaciones agorafóbicas que antes temía o evitaba, mientras afronta dichas situaciones y actividades, sistemáticamente, en forma reiterada.

TRATAMIENTOS QUE SE CENTRAN EN LA EXPOSICIÓN

Los tratamientos basados en la exposición pueden referirse a dos aspectos principales: la exposición a las sensaciones internas temidas (exposición interoceptiva⁹ y la exposición a actividades o situaciones evitadas, especialmente relevante en la agorafobia.

EXPOSICIÓN INTEROCEPTIVA

Por lo que se refiere a la **exposición interoceptiva** (exposición a las sensaciones temidas), diversos estudios muestran su eficacia.

- Sánchez *et al.* (2000) encontraron que la adición de exposición interoceptiva a la EV (combinada con entrenamiento en relajación y respiración) produjo mayores mejoras en los pensamientos distorsionados durante los ataques de pánico y en evitación, aunque no en ansiedad fóbica, miedo al miedo, pánico (medido retrospectivamente) e interferencia.
- Craske, Rowe, Lewin y Noriega-Dimitri (1997) encontraron que añadir exposición interoceptiva a una combinación de reestructuración cognitiva y EV fue más eficaz que añadir entrenamiento en respiración, tanto en el postratamiento, en medidas de pánico, interferencia y severidad, como en el seguimiento a los 6 meses en ansiedad fóbica, pánico, interferencia y ansiedad general.

EXPOSICIÓN A LAS SITUACIONES Y ACTIVIDADES TEMIDAS O EVITADAS

En los estudios sobre tratamientos eficaces para la agorafobia, se consideran bien establecidos, tanto los que se han mostrado eficaces para el TP y que hemos expuesto en los apartados anteriores de este capítulo, como la exposición en vivo a situaciones temidas y evitadas.

Se han propuesto varias modalidades de exposición en vivo, a lugares y situaciones temidas o evitadas, que no difieren significativamente en cuanto a su eficacia y que pueden agruparse en:

- Exposición gradual y prolongada a cada situación con la compañía y apoyo del terapeuta, permaneciendo en la misma hasta que la ansiedad se reduce
- Autoexposición gradual con posibilidad de escape temporal a un lugar seguro, si la ansiedad es muy elevada. El paciente registra el tiempo pasado fuera y vuelve a la situación lo antes posible
- Práctica programada: exposición prolongada y gradual con la presencia y apoyo del cónyuge o un amigo. El terapeuta mantiene contacto semanal o quincenal con el paciente, que lleva un diario de sus prácticas y utiliza un manual de autoayuda.

La exposición o autoexposición en vivo es una técnica bien establecida que se ha mostrado claramente superior en diferentes estudios a los grupos de control (p. ej., lista de espera) en ansiedad y evitación agorafóbica.

Diversos estudios controlados han estudiado las características de la EV que pueden afectar a su eficacia. Para Bados (1995b) las conclusiones que pueden extraerse de los mismos son las siguientes:

- La EV ininterrumpida parece más eficaz que aquella en que se intercalan descansos. Pero permitir que el paciente pueda salir de la situación cuando se halla excesivamente ansioso es tan eficaz como permanecer en la situación, siempre que retorne a ésta una vez tranquilizado.
- La EV graduada y la inundación parecen funcionar igual de bien. Sólo un estudio las ha comparado directamente y ha hallado un mejor resultado de la segunda a los 5 años. Pero la inundación produce más rechazos y abandonos, y está menos indicada cuando hay ciertos problemas orgánicos, depresión severa o CP frecuentes.
- Según un estudio, no es necesario esperar a que se produzca una ansiedad mínima a un ítem de la jerarquía antes de pasar al siguiente.
- No está claro si es mejor una periodicidad diaria o semanal de EV, pero los pacientes que más y mejor cumplen con las actividades de autoexposición tienden a mejorar más.
- No está clara la conveniencia de minimizar el nivel de ansiedad durante la EV. Parece recomendable experimentar cierto grado de ansiedad para aprender a afrontarla, pero no tanta que interfiera con el procesamiento emocional de las señales de miedo.
- No se ha demostrado que el empleo de la distracción interfiera con la eficacia de la EV, pero usar conductas dirigidas a prevenir las supuestas amenazas sí que es negativo.
- No hay diferencias entre la EV aplicada individualmente y en grupo.

- Según un estudio, la EV es más eficaz cuando se da a los clientes instrucciones tendentes a inducir expectativas de mejora.
- Que el compañero u otra persona significativa ayude al agorafóbico durante la EV no es más eficaz, aunque puede reducir los abandonos. Y añade eficacia en el seguimiento.
- Que el terapeuta acompañe al paciente en las tareas de EV puede producir beneficios a corto plazo, pero no se hallan diferencias a largo plazo.
- a) La adición de exposición imaginada, autohipnosis, terapia racional-emotiva o entrenamiento autoinstruccional a la EV no aporta ningún beneficio extra.
- b) La evidencia es contradictoria sobre que el entrenamiento en respiración controlada potencie los efectos de la EV, aunque los datos más recientes apoyan una respuesta negativa.
- c) Los resultados son también inconsistentes sobre que los efectos de la EV puedan potenciarse con la adición de técnicas de relajación.
- d) Por lo que respecta a la potenciación mediante la terapia cognitiva de Beck, con su énfasis en el cuestionamiento de cogniciones idiosincrásicas y en la realización de experimentos conductuales, los resultados de la investigación son contradictorios, aunque van en aumento las evidencias que apoyan su eficacia.

Se aconseja la lectura del artículo de Bados, titulado “Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia”, publicado en la revista *Psicothema*, y accesible en internet, en el siguiente vínculo: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=468>

5.3. VARIABLES PREDICTORAS DE RESULTADOS DE LOS TRATAMIENTOS

Dado que un porcentaje importante de pacientes con agorafobia severa o con comorbilidades con otros trastornos, no aceptan o abandonan el tratamiento y que, de ellos, algunos no mejoran y otros recaen, es interesante conocer las variables que influyen en los resultados de la terapia para tratar de mejorarlos.

El tema ha sido revisado por Bados (1995b) que considera que en lo referido al rechazo o abandono del tratamiento, los pocos estudios realizados indican que las razones alegadas por los pacientes eran las siguientes:

- que el tratamiento ofrecido no era lo que esperaba o que les resultaba amenazante.
- circunstancias externas que lo impedían: p.ej., horarios incompatibles, surgimiento de otras obligaciones, traslado, problemas médicos o económicos,...
- ganancias secundarias obtenidas por su problema.
- falta de comprensión del terapeuta
- esfuerzo requerido por el tratamiento
- falta de resultados
- percepción de haber mejorado ya lo suficiente.

En cuanto a las variables predictoras de los resultados del tratamiento, existe una falta de concordancia entre los distintos estudios, aunque puede señalarse que:

No parecen influir en los resultados del tratamiento: edad, sexo, estado civil, situación laboral, temerosidad, ansiedad general, ansiedad social, asertividad, introversión o neuroticismo.

La buena relación terapéutica, la motivación por el tratamiento y las expectativas de mejora también predicen mejores resultados, pero estas pueden cambiar como consecuencia del tratamiento recibido.

Se han hallado resultados inconsistentes respecto a la influencia de factores como: satisfacción y ajuste marital, nivel socioeconómico, severidad del temor agorafóbicos, duración del trastorno, edad de inicio, interferencia producida por el trastorno, ajuste social, laboral o familiar, presencia de trastornos comórbidos del eje I (ej., depresión), o del eje II (ej., trastornos de personalidad), hostilidad, baja motivación para el tratamiento, uso de medicación, o nivel de ansiedad durante la exposición.

En cuanto a las variables que se han relacionado con peores resultados del tratamiento, la más unánimemente hallada es la existencia y el grado de intensidad de la agorafobia.

Algunos autores también han hallado una relación con 1) experiencias traumáticas y altos niveles de síntomas disociativos (Michelson, June, Vives, Testa y Marchione; 1998), y 2) hostilidad por parte de familiares que conviven con el paciente (Chambless y Steketee, 1999),

Hay que tener en cuenta que los pacientes con baja motivación, y comorbilidades severas (depresión grave, trastornos psicóticos, abuso de sustancias, retraso mental, daño cerebral, etc.) son excluidos de las investigaciones². Muchos de los estudios sobre eficacia de los tratamientos del TP excluyen también a los pacientes con agorafobia severa, por lo que nos falta información sobre cuales son los tratamientos más eficaces para este tipo de pacientes.

Una variable apenas estudiada es el efecto adverso que puede producir en la recuperación del paciente el hecho de recibir una pensión (compensación económica) por su trastorno.

La escasa consistencia en los resultados de las investigaciones sobre las variables predictoras de los resultados obtenidos en la terapia, pueden explicarse en parte por problemas metodológicos.

Pero hacen falta más y mejores estudios para objetivar cuales son las variables que influyen en la buena o mala respuesta de los diferentes subgrupos de pacientes con pánico-agorafobia a los diferentes tratamientos, para conseguir adaptar estos a las peculiaridades de los pacientes y conseguir así mejores tasas de recuperación.

5. 3. ¿QUÉ ES MÁS EFICAZ, LA EXPOSICION O LA REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA?

Una revisión de los paquetes de técnicas utilizadas en los estudios sobre resultados de tratamientos del TP revela que la mayoría de los tratamientos eficaces utilizan reestructuración cognitiva focalizada y exposición, y que ambas técnicas aparecen como los ingredientes más activos en los tratamientos.

² lo mismo puede decirse de los pacientes de edad superior a 65 años o inferior a 18 años y de aquellos de nivel sociocultural muy bajo; por lo que no sabemos como responden al tratamiento.

Pero existe controversia acerca de si el tratamiento más eficaz es el de orientación más conductual o el de orientación más cognitiva y acerca de cuál es el elemento crucial (exposición o reestructuración cognitiva) por el que se producen los cambios terapéuticos.

En la aproximación cognitiva se utilizan diversas técnicas para modificar las suposiciones erróneas o interpretaciones catastrofistas acerca de las sensaciones corporales. Sin embargo, es difícil evaluar la eficacia específica de la reestructuración cognitiva a solas; esto es, la reestructuración cognitiva sin ningún tipo de exposición.

La dificultad se debe a que los ejercicios llamados experimentos conductuales o de comprobación de hipótesis -que implican “exposiciones” breves- juegan un papel importante en la reestructuración cognitiva: se utilizan para comprobar la validez de las creencias del sujeto y para facilitar la reevaluación de los estímulos amenazadores al afrontarlos y comprobar que no se producen las catástrofes temidas. Si no se lleva a cabo ningún tipo de exposición, la reestructuración cognitiva no suele ser tan eficaz.

Sin embargo, Margraf y Schneider (1991), Salkovskis et al. (1991), así como Beck, et al. (1994) han demostrado que la reestructuración cognitiva puede ser eficaz en ausencia de cualquier tipo de exposición interoceptiva o situacional, incluso sin la que suele llevarse a cabo en los experimentos conductuales.

Por otro lado, los tratamientos basados en la exposición también incluyen elementos cognitivos como los correspondientes a la fase educativa y diversos tipos de reestructuración cognitiva.

Además, los estudios sobre resultados de los tratamientos también han demostrado que no es necesario cuestionar directamente las creencias disfuncionales, mediante la reestructuración cognitiva, para obtener efectos comparables en el cambio de cogniciones; es decir, que la mera exposición puede producir reestructuración cognitiva (Beck et al., 1994; Bouman y Emmelkamp, 1990; Griez y van den Hout, 1986, Margraf y Schneider 1991; Marks et al., 1993 y Michelson et al., 1988).

Por lo que se refiere a la eficacia de una forma u otra de terapia, Margraf y Schneider (1991) no hallaron diferencias significativas al comparar la terapia de exposición y la de reestructuración cognitiva en ninguna de las medidas utilizadas, ni a la finalización del tratamiento ni en el seguimiento.

En otro estudio llevado a cabo por Bouchard et al. (1996) tampoco se hallaron diferencias significativas en el grado de reducción de los síntomas, ni en la rapidez con que actúa cada una de estas terapias, por lo que recomiendan que se utilice una aproximación u otra en función de las preferencias o aptitudes de cada terapeuta, o según las características del paciente.

La investigación muestra que los cambios duraderos en la recuperación del TP van estrechamente vinculados al cambio cognitivo; es decir, que la desaparición de la tendencia a evaluar catastróficamente las sensaciones interoceptivas es el mejor predictor de que no habrá recaídas. Esto parece indicar la prioridad de los procesos cognitivos en el pánico, pero no hay que olvidar que el cambio cognitivo también se produce mediante la terapia de exposición, sin que se cuestionen directamente las suposiciones distorsionadas del paciente.

Se ha sugerido que el cambio terapéutico se produce mediante dos mecanismos diferentes: uno conductual (la habituación) y otro cognitivo (el cambio de creencias). Pero como hemos visto en el capítulo 3, desde la moderna psicología experimental basada en el paradigma del procesamiento de la información, esta diferenciación no tiene sentido porque se considera que el condicionamiento, al igual que las cogniciones, forman parte del procesamiento de la información (Rapee, 1991).

De hecho, las actuales teorías del aprendizaje sostienen que la reestructuración cognitiva y la exposición pueden operar simplemente a través del mismo mecanismo: el aprendizaje (Bandura, 1986; Davey, 1992; Foa y Kozack, 1986; Rachman, 1991; Rapee, 1991).

Según este punto de vista, que cada vez cuenta con más apoyo teórico y empírico, ambas técnicas pueden tener un efecto en la representación interna del paciente (modalidad de amenaza). Así, el paciente puede aprender que las sensaciones corporales son inocuas, mediante la información verbal (que será más poderosa si va acompañada de alguna comprobación con la realidad, similar a la de los experimentos conductuales) o mediante la exposición.

Aunque se han propuesto algunas hipótesis, aún se desconoce la organización precisa del mecanismo de aprendizaje por el cual tanto la exposición como la reestructuración cognitiva posibilitan el cambio de la modalidad o representación interna de amenaza (Freeman, 1993; Kendall e Ingram, 1987).